

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



APOYO SOCIAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA DEL
PACIENTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL
CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. 2015.

*TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA*

TESISTAS: Bach. MAZA GÓMEZ, Claudia Jesús

Bach. TAPIA VALVERDE, Milagros Zuleyka

ASESORA: Ms. RODRÍGUEZ BARRETO, Yolanda Micaela

CHIMBOTE - PERÚ
2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y Vº Bº DE:

Ms. Rodríguez Barreto, Yolanda Micaela

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y Vº Bº de:
JURADO EVALUADOR

Dr. Ponce Loza, Juan Miguel
PRESIDENTE

Dra. Morgan Zavaleta, Ysabel
SECRETARIA

Ms. Rodríguez Barreto, Yolanda Micaela
INTEGRANTE

DEDICATORIA

A DIOS; quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Y por supuesto por proteger a mis seres amados.

A mi hermana, porque sin saberlo, ha sido una motivación para crecer profesionalmente y como persona.

A mis Padres; por su apoyo, comprensión, por motivarme a no rendirme ante las adversidades. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi empeño, mi perseverancia y mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi compañera, que con su sola presencia llena de alegría mis días, y quien se ha convertido en un motivo para superarme.

CLAUDIA

DEDICATORIA

A DIOS; porque es el más importante en mi vida, por su infinita bondad y amor, por ser mi escudo y fortaleza, por proteger a mi familia y a los que amo. A Él toda la adoración y honra.

A mis hermanos, en especial a mi hermana Fanny; por ser mi ejemplo y por brindarme su apoyo incondicional.

A mis Padres; por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por ser ejemplo de perseverancia y constancia que los caracteriza y que me ha infundado siempre, ser una persona de bien.

A mis compañeros del alma que con su amor y fidelidad me hacen feliz con cada recuerdo. Que gracias a su enseñanza ahora trato de superarme para dar lo mejor a los que ahora me acompañan.

MILAGROS

AGRADECIMIENTO

A esta casa superior de estudios Universidad Nacional de Santa, en especial a la Escuela Académica Profesional de Enfermería, porque nos abrió las puertas a un mejor futuro y por brindarme la oportunidad de adquirir y madurar conocimientos en ella, donde quedan mis recuerdos de estudios, amigos y aprendizaje para mi futuro.

A los docentes, por su apoyo incondicional, sus enseñanzas y valores, que nos transmitieron durante nuestra formación profesional.

A los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavo

A nuestra asesora Ms. Yolanda Rodríguez, Barreto, por su apoyo, paciencia y comprensión permanente durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

CLAUDIA Y MILAGROS

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCION	12
II. MARCO TEÓRICO	26
III. METODOLOGÍA	39
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	50
4.1. RESULTADOS	50
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	56
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
5.1. CONCLUSIONES	63
5.2. RECOMENDACIONES	64
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	74

INDICE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 Nivel de autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, 2015.	50
TABLA N° 02 Apoyo social del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, 2015.	52
TABLA N° 03 Relación entre el Apoyo social y el Nivel de Autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, 2015.	54

INDICE FIGURAS

	Pág.
FIGURA N° 01	51
Nivel de autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, 2015.	
FIGURA N° 02	53
Apoyo social del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, 2015.	
FIGURA N° 03	55
Relación entre el Apoyo social y el Nivel de Autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, 2015.	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, basado en la Teoría de Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy con el objetivo de conocer la relación entre el apoyo social y el nivel de autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN PCT) del Centro de Salud Yugoslavia 2015.

La población estuvo constituida por 28 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: Escala para valorar el nivel de autoestima y la Escala para valorar el Apoyo Social. El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizaron en el software de estadística SPSS v. 20; en los niveles descriptivo y analítico, llegando a las siguientes conclusiones:

- ❖ El nivel de autoestima del paciente de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia, en su mayoría presenta una autoestima menos positiva con un 57,1%, mientras que el 42.9% presenta una autoestima más positiva.
- ❖ El apoyo social en los pacientes de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia es medio con un 42.9%, y el 21.4%, presenta apoyo social bajo.
- ❖ No existe relación significativa entre el apoyo social y el nivel de autoestima del paciente de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia, determinada por la prueba estadística Chi Cuadrado $X^2=0.6$ (Corrección de Yates); $gl=2$; $p=0,343$, OR =5.

Palabras Clave: Autoestima, Apoyo Social, Tuberculosis.

ABSTRACT

This research is descriptive, correlational and cross-sectional, based on the theory of Ludwig Von Bertalanffy systems in order to understand the relationship between social support and self-esteem of the patient's National Health Strategy Tuberculosis Prevention and Control (ESN PCT) Yugoslavia Health Center 2015.

The population consisted of 28 patients who met the inclusion criteria, to which were applied two instruments: Scale for assessing the level of self-esteem and scale to assess social support. Statistical processing and analysis of data were performed in SPSS statistical software v. 20; in the descriptive and analytical levels, reached the following conclusions:

- ❖ The patient's self-esteem of the ESN PCT Yugoslavia Health Center, mostly presents a less positive self-esteem with 57.1%, while 42.9% have a more positive self-esteem.
- ❖ Social support for patients in the NHS PCT Yugoslavia Health Center is middle with 42.9%, and 21.4% presented low social support.
- ❖ There is no significant relationship between social support and self-esteem of the patient's ESN PCT Yugoslavia Health Center, determined by Chi Square test statistic $X^2 = 0.6$ (Yates correction); $gl=2$; $p=0,343$, OR =5.

Keywords: Self-Esteem, Social Support, Tuberculosis

I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es considerada como uno de los principales problemas de salud pública, que en la actualidad presenta una tendencia creciente considerándola como enfermedad social que afecta a la población económicamente activa (1).

En el Perú como en el resto de países de bajos y medianos ingresos se encuentran determinantes sociales, como pobreza inequidad y exclusión que facilitan la transmisión de enfermedad social, como es la TB, relacionada con la pobreza, malnutrición, factores culturales, entre otros; tal es así, que ocasiona inestabilidad social, económica y psicológica, ya que muchas personas se sienten avergonzadas, rechazadas por los familiares, amigos y vecinos por haberla contraído, y en un principio están limitadas para trabajar o realizar esfuerzos físicos, lo cual limita su capacidad productiva, ocasionando con cierta frecuencia pérdida temporal o transitoria de su independencia, y de su imagen personal (2)(3).

Por tanto, es necesario identificar no solo las necesidades físicas, derivadas del proceso salud – enfermedad que atraviesa el paciente, sino también las necesidades de salud mental, es decir, la crisis situacional que muchas veces conlleva a la depresión por la disminución de su autoestima (4)(5).

Según como se encuentra la autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, una autoestima alta, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, así como también es la base de una salud mental y física adecuada, mientras que una autoestima baja enfocará a la personas hacia la derrota y el fracaso (6).

Cuando una persona se entera que está enferma de tuberculosis, queda en situación de shock y parálisis frente a la sorpresa, condición que produce una disminución en su autoestima, la cual se ve agudizada por el estigma social de la enfermedad, lo que lleva a la persona enferma a deprimirse haciendo el problema mayor y acentuando el sufrimiento. Esta situación emocional muchas veces afecta más que la propia enfermedad (7). Cuando aparece una enfermedad, los roles del paciente y de la familia pueden cambiar. Este cambio puede ser sutil y a corto plazo, o drástico y a la largo plazo. Generalmente, las personas se adaptan más fácilmente a los cambios sutiles y a corto plazo. Sin embargo, los cambios a largo plazo requieren un proceso de adaptación similar al proceso de duelo. Con frecuencia el paciente y a la familiar requieren consejo y orientación específicos que les ayuden a afrontar los cambios de rol. Puesto que los cambios de rol del paciente afectan a la familia, la enfermera debe incluir a esta dentro de plan de cuidados (8).

En el ámbito internacional se reporta la siguiente investigación relacionado con la variable de estudio de la presente investigación:

En México, Dorante. J. (2000), en su estudio “Estatus económico y nivel de conocimiento sobre tuberculosis relacionado al autoestima en familiares de tebecianos en Chiapas”, concluyó que la mayoría (66%) de los familiares presentan autoestima baja, el 71% pertenecen a un estrato socioeconómico medio bajo y el 57% tiene conocimiento bajo sobre la tuberculosis. El nivel de conocimiento se relaciona significativamente con la autoestima (9).

En el ámbito nacional, se reportan los siguientes estudios relacionados al tema:

En Trujillo, Alfaro, B. y Alva, R. (2000), en su investigación titulada “Nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis pulmonar y algunos factores socioculturales, Hospital Regional Docente de Trujillo”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de autoestima en las personas del programa de control de la TB, y establecer la relación entre edad, grado de instrucción, situación laboral y nivel de información con el nivel de autoestima de las personal del programa, obtuvieron como resultado que la mayoría de estas personas (63.3%) poseen un nivel de autoestima baja (10).

En Trujillo, García, V. y Gómez, S. (2000) en su estudio “Grado de apoyo familiar y Nivel de autoestima del adulto joven con tuberculosis pulmonar, Centro Médico La Esperanza EsSalud”, cuyo objetivo fue establecer la relación existente entre el grado de apoyo familiar y el nivel de autoestima del adulto joven con TB pulmonar, obteniéndose como resultado que el

mayor porcentaje (71.4%) presenta un nivel de autoestima baja y además existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado de apoyo familiar de los adultos jóvenes con TBC pulmonar (11).

En Lima, Huanco C. (2004) realizó un estudio sobre “Nivel de Autoestima de los pacientes del Programa de Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto Duksil”, dando como conclusión final que el 56% del paciente tienen una autoestima alta positiva y un 44% tiene una autoestima baja positiva, alta negativa y baja negativa (5).

En Lima, Baldeón, N. (2006) realizó un estudio sobre “Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima del paciente con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín Villa María del Triunfo”, donde las conclusiones fueron, que la mayoría de pacientes con tuberculosis presentan un nivel de autoestima de medio a bajo (83%), lo cual conducirá a una incapacidad de afronte a las situaciones adversas ejerciendo efectos negativos sobre su salud; asimismo se evidenció que la mayoría de pacientes tienen un clima social familiar medianamente favorable 55%, y el 27.5% desfavorable (82.5%), lo cual indica que los pacientes no cuentan con un adecuado soporte familiar para el afronte de su enfermedad. Existe una relación significativa entre el clima social familiar y el nivel de autoestima del paciente con tuberculosis, lo que deduce que cuanto más favorable se muestra el clima social familiar mayor será el nivel de autoestima en el paciente (12).

En Lima, Negrete, A. (2013), en su estudio: “Autoestima y actitudes al tratamiento del paciente de 15 a 49 años con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Micaela Bastidas”, concluyó que el 40% tenían una actitud medianamente favorable respecto a su tratamiento, el 34% alcanzo el nivel alto de autoestima. De acuerdo a la edad del paciente el mayor porcentaje presenta actitudes medianamente favorables y un nivel de autoestima media a alta, son los adultos de 20 - 29 años (13).

En el ámbito local, se reportan los siguientes estudios relacionados al tema:

En Chimbote, Carranza, C. y Díaz, L. (2005), en su estudio “Nivel de autoestima y funcionamiento familiar asociado al cumplimiento del tratamiento antituberculoso en los pacientes del Centro de Salud San José, Pacasmayo”, reportaron que existe una asociación estadística entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento antituberculoso. A menor nivel de autoestima, aumenta la proporción de no cumplimiento del tratamiento antituberculosos. El nivel de funcionamiento familiar no se asocia significativamente con el cumplimiento del tratamiento antituberculoso. Sin embargo existen cinco veces más riesgo de no cumplir con el tratamiento si el paciente presenta un funcionamiento familiar inadecuado (14).

En Nuevo Chimbote, Manrique, I. y Maza, J. (2006), realizaron un estudio sobre “Algunos factores biosociales y su relación con el nivel de

autoestima de las personas atendidas en el Programa de Control de Tuberculosis del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote”, donde concluyeron que existen algunos factores biosociales que se relacionan significativamente con el nivel de autoestima, como sexo y el grado de apoyo social; la edad, situación laboral y tipo de tratamiento, tienen un comportamiento estadístico independiente con el nivel de autoestima, el 64.5% con un nivel de autoestima baja (15).

En el 2014, Ancash reportó 645 casos nuevos de la Tuberculosis y en lo que va del año ya se tiene 40 casos sospechosos. De los casos nuevos siete han sido pacientes gestantes, 13 servidores de salud, 65 estudiantes y los demás casos son de la población. También se ha registrado 4 pacientes XDR que se encuentran en la fase terminal de esta enfermedad. A pesar del trabajo de prevención y sensibilización que se realiza, siguen apareciendo más pacientes con TB, ahora mismo se tiene a cuatro pacientes en fase terminal, que lamentablemente no tienen cura y eso ocurre cuando las persona con este mal abandonan el tratamiento a pesar que la medicación es gratuita (16).

La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, a nivel mundial. En el 2013, 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.5 millones murieron por esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años (17).

En el 2013, el Perú fue el segundo país en América del Sur con la mayor tasa de TB. La incidencia de esta enfermedad a nivel nacional es de 106 casos por cada 100 mil habitantes (18). En el 2014 registró 20 342 casos nuevos de tuberculosis, disminuyendo el número de casos a comparación del 2013 en un 4.3 % (19). A inicios del 2015 se redujo el número de casos a escala nacional en un 3%, gracias al incremento de pruebas de despistaje de la enfermedad, totalmente gratuitas que en este momento suman 1 650 000 por año, así como por el incremento progresivo del presupuesto para la prevención, detección y tratamiento oportuno de todas las formas de esta enfermedad (20).

El principio de no discriminación es fundamental para la teoría y la práctica de la salud pública y los Derechos Humanos. Lamentablemente, la TB como el SIDA o la lepra, tiene no solo la carga del malestar biológico, sino que también la sociedad los discriminan, llegando a algunos casos a una “muerte” social, ya que se les cierran oportunidades para poder reintegrarse a la sociedad y permitirse el derecho de un desarrollo personal digno. El problema del estigma es que nace del desconocimiento. Su definición implica poner etiquetas a situaciones o personas, que pueden llevar luego a prácticas discriminatorias, y que a pesar de que los profesionales de la salud son un grupo dentro de la sociedad con mayor acceso a información, son los que realizan prácticas discriminatorias más abiertas (21).

En este marco la situación del enfermo se torna crítica ya que como es de conocimiento la enfermedad física va acompañada de trastornos

psicológicos afectando su estado emocional (autoestima), las cuales frecuentemente son acompañadas por la desmoralización y trastorno depresivo, limitando su interacción social (22). En la cual la familia constituye el contexto más inmediato en el que se desenvuelve la enfermedad, es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad (23).

La enfermedad nunca es un acontecimiento aislado de la vida. El paciente y al familia deben abordar los cambios que resultan de la enfermedad y del tratamiento. Puesto que cada paciente responde de manera única a la enfermedad, las intervenciones de enfermería deben ser individualizadas. El paciente y a la familia experimentan de forma común los cambios conductuales y emocionales, en los roles y en la dinámica familiar, en la imagen corporal y el concepto de sí mismo. El ambiente, los comportamientos personales y los factores psicosociales interactúan en la enfermedad y en la salud. Las evaluaciones basadas en estas interacciones dan como resultado diagnósticos e intervenciones de enfermería más específicos (24).

Encontrar una estrategia adecuada que permita eliminar o erradicar la tuberculosis del país es muy difícil, sobre todo por estar relacionada a factores como la pobreza, viviendas inadecuadas, hacinamiento y dificultad para acceder a los servicios de salud. Si bien la TB tiene sus mayores consecuencias en la población afectada, también las tiene para el Estado y el resto de la sociedad, pues la transmisión e incremento de esta

enfermedad demanda mayores recursos humanos, económicos, tecnológicos y de infraestructura para atenderla (25).

En este contexto el profesional de enfermería tiene un papel protagónico e importante en la ESN PCT, ya que como agente de cambio y líder en el área preventivo – promocional tiene como rol brindar atención al paciente y familia utilizando como herramienta el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), identificando oportunamente las conductas de riesgo con el paciente, adoptando medidas de promoción de la salud orientadas al fortalecimiento de la autoestima del paciente y a promover un apoyo social favorable, obteniendo como resultado un mejoramiento en la calidad de vida ya que se observa con mucha frecuencia que el paciente además de no saber cómo enfrentar su enfermedad no tiene un entorno social inmediato adecuado existiendo mayor riesgo a presentar cuadros depresivos lo que conlleva a un abandono en el tratamiento, ocasionando recaídas en el tratamiento o resistencias a los medicamentos e incluso la muerte en estados depresivos avanzados; en consecuencia la prolongación del tratamiento y pérdidas económicas al país (25).

El 14 de diciembre del 2015, se promulgó la ley 30287 de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú, gracias a esta ley todas las personas que padecen TB en Perú tienen derecho a una atención de salud brindada por el estado, de forma integral, continua, gratuita y permanente (26).

En lo que va del año, la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia ha presentado un promedio de 13 nuevos pacientes con tuberculosis, lo cual es una situación muy alarmante, este servicio cuenta con 1 nutricionista, y 1 médico neumólogo, que atiende no solo los casos de TB, sino otros casos relacionados con su especialidad, 1 técnico de enfermería, y una enfermera responsable de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia, que se encarga de organizar la búsqueda de nuevos casos dentro del establecimiento de salud, recolectar y enviar al laboratorio las muestras de esputo para la baciloscopía, cultivo, y para la prueba de sensibilidad (rápida y/o convencional), organizar y administrar el tratamiento para la TB sensible y resistente. Asimismo se encarga de la adherencia al tratamiento antituberculoso, del seguimiento del paciente en relación a su tratamiento, estudio y seguimiento de contactos, duración del tratamiento y transferencias y por último se encarga de consolidar y analizar toda esta información, que es de mucha utilidad para nuevos proyectos, nuevas investigaciones y estrategias.

Se puede observar que en su mayoría, los pacientes cuando ingresan a la ESN PCT se muestran callados, respondiendo solo lo necesario, con temor a que los observen personas conocidas, apresurándose en tomar sus medicamentos e irse rápidamente, casi siempre vienen solos, o sus familiares los esperan fuera del establecimiento, muchas veces por vergüenza, y otras por temor a contraer la enfermedad. Dichas observaciones y expresiones reflejan la manera de sentir tanto del

paciente como de los familiares y la respectiva valoración del paciente ante la enfermedad.

En relación a todo lo descrito, teniendo en cuenta la trascendencia que tiene el apoyo social y la autoestima de la persona que asiste a la ESN PCT, y no existiendo, en nuestro medio, investigaciones al respecto es que decidimos desarrollar la presente investigación, planteándose la siguiente interrogante:

¿COMO SE RELACIONA EL APOYO SOCIAL Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA DEL PACIENTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. 2015?

1.1.OBJETIVOS

1.1.1.OBJETIVO GENERAL

- ✓ Conocer la relación entre el Apoyo social y el nivel autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia. 2015.

1.1.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el nivel de autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia. 2015.
- ✓ Identificar el apoyo social del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia. 2015.
- ✓ Determinar la relación que existe entre el apoyo social y la autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia. 2015.

1.2. HIPÓTESIS

Ha: Existe relación significativamente entre el Apoyo social y el nivel de autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, 2015.

Ho: No existe relación entre el Apoyo social y el nivel de autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, 2015.

1.3. IMPORTANCIA

El presente trabajo de investigación es de suma importancia, porque determina la relación que existe entre el apoyo social (familia, amigos y/o vecinos), con el nivel de autoestima del paciente de la ESN PCT.

Este estudio proporciona información actualizada y específica de aquellos factores que se deben tener en cuenta al momento de realizar una intervención de enfermería eficaz y eficiente, en beneficio de la recuperación integral de la salud física, psicológica y social de las personas.

Para la Escuela de Enfermería de nuestra casa superior de estudios, los resultados de esta investigación proporcionar importantes datos,

además de ser un antecedente para la realización de otras investigaciones con las variables de estudio.

Para profesionales de la salud, especialmente al de enfermería porque ampliará sus conocimientos respecto a las variables de estudio fortaleciendo, su rol de liderazgo en los programas preventivos promocionales y el equipo multidisciplinario de la ESN PCT; por tanto garantizara que estas nuevas capacidades permitan transformar los servicios de salud hacia un enfoque integral.

En general servirá como estudio marco para la realización de otras investigaciones, que incluyan otras variables, de tal manera que nos permitan aproximarnos a conocer la problemática y por ende generar proyectos viables de intervención, elevando de esta manera la calidad de vida de la población.

II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en la Teoría de Sistemas, de Ludwing Von Bertalanffy (27) (28).

Sistema, se define como un todo constituido por partes interrelacionadas en el que las partes tienen una función y el sistema como un todo tiene otra función (27).

Esta teoría considera que los sistemas, no pueden ser descritos en términos de sus elementos separados, su comprensión se presenta cuando se estudian globalmente. Por lo tanto sistema es un todo organizado y complejo; un conjunto o combinación de cosas o partes que forman un todo complejo o unitario (29).

Los sistemas pueden ser sistema abierto: Relación permanente con su medio ambiente, intercambia energía, materia, información y tiene interacción constante entre el sistema y el medio ambiente. Sistema cerrado: Hay muy poco intercambio de energía, de materia, de información, etc., con el medio ambiente, utiliza su reserva de energía potencial interna (30).

Dentro de un sistema cada elemento funciona en referencia a los demás; es decir, un elemento no puede existir sin otros elementos, pues, más que un conjunto de elementos, un sistema consiste en las interacciones que se

dan entre las partes. Una sola parte del sistema no lo puede representar al mismo totalmente, porque las interacciones entre los elementos son su característica fundamental. Entonces si no hay acciones entre un conjunto de elementos, a esto no se le puede llamar “sistema” (31).

El sistema se caracteriza por tener sus límites, su supervivencia, una jerarquía (suprasistemas y subsistemas) y por ser abierto; ya que existe intercambio continuo de materia, energía e información. (30)

Los elementos organizados jerárquicamente se constituyen en componentes que se estructuran en un proceso para alcanzar un propósito y son: entrada, proceso, salida, retroalimentación y ambiente (27).

ENTRADA: Es todo elemento que un sistema recibe del medio ambiente que es necesario para funcionar, ningún sistema es autónomo. Pueden ser personas, materia e información. Para efectos del estudio está representada en el apoyo social del paciente de la ESN PCT (27).

El apoyo social, es el grado de ayuda por el cual las necesidades biopsicosociales y espirituales de la persona son satisfechas a través del apoyo emocional, apoyo valorativo y apoyo instrumental brindado por la familia, amigos y vecinos; se percibe de manera particular tanto por el que lo da como por el que lo recibe, ya que estos tienen experiencias diferentes que influyen en dicha percepción, es por ello que el apoyo social se define como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes

sociales y las personas de confianza, provisiones que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (32) (33) (34).

El apoyo social es una variable importante en el bienestar de la persona con TB, ya que amortigua su estrés y facilita la atención de sus momentos de crisis. La ausencia de apoyo social en estas personas puede afectar adversamente en las respuestas de lucha ante el tratamiento y la enfermedad (34) (35).

Las fuentes de apoyo social pueden ser muchas. En 1981 House propone una relación de nueve fuentes de apoyo social: esposo/a o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales (36).

Cuando el apoyo social es alto el paciente recibe total apoyo emocional, instrumental, informativo, y evaluativo. En este nivel se fomenta que los miembros hablen entre sí de sus problemas, fracasos, preocupaciones y sentimientos. Con ellos se consigue reducir los sentimientos de desviación, las autoevaluaciones negativas y las percepciones de fracaso. En consecuencia, disminuyen también los sentimientos de malestar. Lo que era percibido como un problema personal pasa a ser considerado como una experiencia social. Ofrecen una excelente oportunidad para aprender nuevas estrategias de afrontamiento para enfrentarse a los distintos retos que plantean el problema o la crisis. No solo se limitan a apoyar a sus

miembros sino que también les ayuda a tratar más eficazmente su situación, o los cambios que provocan en sus vidas los problemas que afrontan (37) (38).

El Apoyo social medio contribuye a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, proporcionan sentimiento de control de la situación. De esta forma, emergen nuevas creencias de actitudes sobre sí mismos y sobre sus problemas, creencias y actitudes que pasan hacer menos amenazantes y más positivas (37) (38).

Mientras que cuando existe un apoyo social bajo, las fuentes, no solo no apoyan a sus miembros sino que dificultan a la persona a afrontar su situación o crisis. En este nivel las redes sociales y familiares no permiten afrontar las adversidades y ni cubrir muchas necesidades vitales, impidiendo compartir conocimientos, interrelaciones, intereses y afecto. Provocando un aislamiento y hace del ser humano un ser antisocial (37) (38).

PROCESO: Es el camino por el cual el sistema transforma, crea y organiza los elementos de entrada dando como resultado la reorganización del ingreso, es el mecanismo de conversión de las entradas en salidas o resultados. El proceso caracteriza la acción de los sistemas y se define por la totalidad de los elementos empeñado en la producción de un resultado, en ella entran los insumos (entrada) y de ella salen como producto (salida)

(27); para efectos de la investigación, este elemento se encuentra constituido por el paciente que asiste a la ESN PCT del Centro De Salud Yugoslavia.

Dentro de la estrategia la enfermera brinda un cuidado integral. Es capaz de observar los cambios en el concepto de sí mismo o en el concepto de los miembros de la familia y así desarrollar un plan de atención para ayudarles a adaptarse a los cambios resultantes de la enfermedad.

La TB causa un impacto sobre la dinámica familiar, lo que podría ocasionar un estrés a largo plazo dentro de la familia, es ahí donde el personal de enfermería debe contemplar a todos sus miembros planeando la atención para ayudarla a recuperar el máximo nivel de funcionamiento y bienestar.
(39)

SALIDA: es el producto del sistema, constituido por el conjunto de resultados o egresos del proceso de transformación de las entradas (27); para la presente investigación está representada por el nivel de autoestima, expresada en autoestima más positiva y autoestima menos positiva.

La autoestima es la valoración que realizamos de nosotros mismos, basada en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos ido recogiendo a lo largo de nuestra vida. De este modo creemos que somos listos o tontos, nos sentimos simpáticos o

antipáticos, nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se pueden agrupar en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos (autoestima más positiva) o por el contrario, en una incómoda sensación de no ser lo que esperábamos (autoestima menos positiva) (40).

ROSENBERG, uno de los autores que más repercusión ha tenido en este ámbito, definió a la autoestima como “La totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto”. Por su parte, la autoestima representa como la conclusión del proceso de autoevaluación: cada persona tiene un concepto de sí mismo y después se valora en función a éste, lo que determina un nivel concreto de autoestima que refleja el grado de satisfacción personal consigo mismo (40).

Mruk (1999), define a la autoestima como el hecho de sentirse valioso (merecedor), y capaz (competente). Es decir la autoestima es una convicción basada en la experiencia de ser merecedor, porque tenemos el derecho a satisfacer nuestras necesidades vitales y a ser feliz, y competente, porque somos aptos de afrontar adecuadamente los desafíos de la vida. La autoestima actúa como una fuerza que organiza la percepción, la experiencia y la conducta a lo largo del tiempo. Es decir, la autoestima moldea la conducta a la vez que es moldeada por ella (41).

La autoestima consta de múltiples facetas o concepciones, de manera que cada persona no tiene un único autoconcepto, estable e inamovible, sino que tiene diferentes percepciones y valoraciones que no tienen por qué coincidir (42).

La autoestima es la experiencia de ser competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida, y de ser dignos de felicidad. Consiste en 2 componentes: 1) considerarse eficaces, confiar en la capacidad de uno mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas y, por extensión, superar los retos y producir cambios; 2) el respeto por uno mismo, o la confianza en su derecho a ser feliz y, por extensión, confianza en que las personas son dignas de los logros, el éxito, la amistad, el respeto, el amor y la realización que aparezcan en sus vidas. La eficacia y el respeto hacia uno mismo constituyen el pilar doble sobre el que se asienta una autoestima sana; si falla una de las dos partes, la autoestima se ve afectada. Estas son las características definitorias del término, debido a su esencialidad; es decir, no representan significados derivativos o secundarios, sino su esencia (42).

Cuando el grado de autoestima es bajo, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida. Los pacientes se hunden frente a unas vicisitudes que lograrían disipar si tuvieran sentimientos más sanos sobre sí mismos. Tienden a sentirse más influidos por el deseo de evitar el dolor que por el de experimentar alegrías; lo negativo tiene más poder sobre ellos que lo positivo. (43)

Una de las causas por las cuales una persona llega a desvalorizarse, es por la comparación con las demás, destacando en ellas las virtudes en las que son superiores. (44)

Las actitudes o posturas habituales presentes en una persona con autoestima menos positiva, pueden ser (44):

- Autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica, por lo que se siente exageradamente atacada/o, herida/o; culpa de los fracasos a los demás o a la situación, cultiva resentimientos contra sus críticos.
- Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo innecesario por complacer, por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión del peticionario.
- Perfeccionismo, autoexigencia esclavizadora de hacer “perfectamente” todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a personarse por completo.

- Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aun por cosas de poca importancia, propia del supercrítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.
- Tendencias defensivas, un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir de la vida misma.

La autoestima más positiva aporta un conjunto de efectos beneficiosos para nuestra salud y calidad de vida, que se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria de la vida (45).

La posibilidad de establecer esta autoestima, basada en desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias, incrementar el locus de control interno (esto es reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, preservación y aspiraciones) son factores personales protectores que pueden ser fomentados (46).

Las características que presenta una persona con autoestima más positiva, son (44):

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aun cuando encuentre fuerte oposiciones colectivas, y se siente lo suficientemente segura como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocada.
- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirse culpable cuando a otros le parece mal lo que hace.
- No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
- Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- Como persona, se considera y realmente se siente igual a cualquier otra, aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- Da por supuesto, que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- No se deja manipular por lo demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- Reconoce y acepta en sí misma una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona, si le parece que vale pena.
- Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc.

- Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a mejorar o divertirse a costa de los demás.

Las personas son capaces de cambiar a lo largo de sus vidas de acuerdo a situaciones o conflictos que atraviesas. Por ejemplo, al presentar una enfermedad pueden experimentar sentimientos de debilidad, indiferencia, aislamiento social, temor al dolor y a la muerte, sentirse dependientes de la familia, de los medicamentos y del servicio de salud; constituyendo una amenaza potencial a su desarrollo, así como también se ve afectada su autoestima (47)(48)(49).

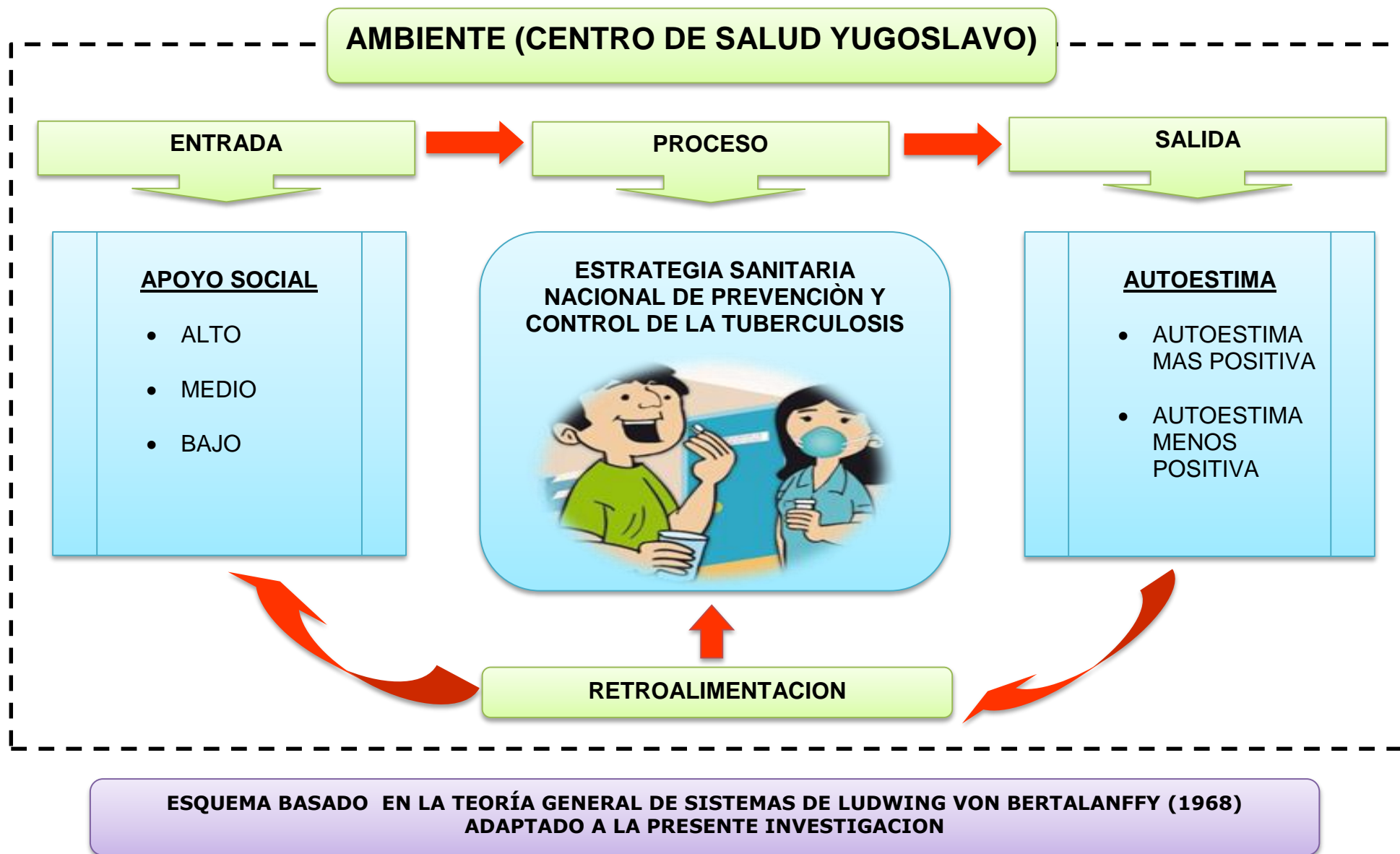
RETROALIMENTACIÓN: Se produce cuando las salidas del sistema vuelven a ingresar al sistema como recursos o información. La retroalimentación permite el control del sistema y que tome medidas de corrección en base a la información retroalimentada; además trata de mantener o perfeccionar el desempeño del proceso haciendo que su resultado este siempre adecuado al estándar o criterio escogido (27).

En relación a la investigación las personas con tuberculosis que presentan autoestima alto o medio, o bajo ingresan de nuevo al sistema para reforzar o modificar los elementos que se relacionan con los factores de entrada (apoyo social), de esta manera se contribuyen a mejorar y estabilizar el sistema (27).

AMBIENTE: Conjunto de circunstancias y condiciones externas e internas que influyen en un sistema. Tanto las entradas y su interacción van a estar relacionados a lo social y cultural, las mismas que van a condicionar el nivel de autoestima (27).

Este abordaje teórico permite destacar la importancia de preservar el equilibrio, lo que se va satisfaciendo cada una de las partes del sistema; o de lo contrario, se produciría desequilibrio.

A continuación presentamos la propuesta esquemática adaptada a la presente investigación, con el objeto de contribuir en el saber científico de enfermería



III. METODOLOGÍA

3.1. METODO DE ESTUDIO

El presente método de investigación es de carácter cuantitativo, porque hace uso de métodos estadísticos para poder analizar las variables de estudio.

Según la naturaleza del problema, el presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal:

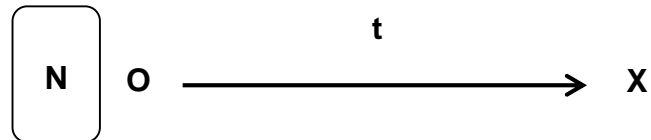
Descriptivo: Porque para efectos del estudio se contó con una sola población, la cual se describe en función de sus variables.

Correlacional: Porque establece si están o no relacionados las variables independiente (apoyo social) y variable dependiente (nivel de autoestima).

De Corte Transversal: Porque se identificó las características de la unidad de análisis en un momento dado y de inmediato se procedió a la descripción y análisis de los mismos.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio es de tipo descriptivo, correlacional, con una sola población.



Dónde:

N : Paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia. 2015.

O : Nivel de Autoestima

X : Apoyo social

t : Año 2015

3.3. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 28 pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia. 2015.

a) Unidad de análisis

Paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia. 2015.

b) Marco muestral

Libro de Seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de Primera Línea y del libro de Seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de Segunda Línea de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, atendidos durante los meses de Abril del 2 015.

c) Criterios de inclusión

- ✓ Paciente con diagnóstico de tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia.
- ✓ Paciente mayor de 18 años.
- ✓ Paciente alfabeto.
- ✓ Paciente orientado en tiempo, espacio y persona.

d) Aspectos éticos

En el presente estudio de investigación se tendrá en cuenta los principios éticos que a continuación se mencionan:

1° Principio de Autonomía:

Implica la capacidad de elección, libertad. En el presente estudio de investigación se respetará la decisión del paciente de aceptar o rechazar su participación en el mismo, brindando su consentimiento (**Ver Anexo N° 1**) luego de una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación.

2° Principio de beneficencia

Actuar en beneficio del otro. En el presente estudio de investigación se pretende beneficiar al paciente, debido a que los resultados permitirán al profesional de enfermería tomar medidas más acertadas en función al paciente y servirá de base para investigaciones sobre el apoyo social.

3° Principio de no maleficencia

Ante todo, no hacer daño, no perjudicar. Este principio se sustenta en abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros y minimizar posibles riesgos en las personas. Por lo tanto en el presente trabajo no habrá riesgos de vulnerabilidad ni daños para los participantes.

4° Justicia:

Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral. Todos los pacientes participantes del estudio de investigación tendrán el derecho de conocer los resultados y recibir la consejería necesaria por igual.

5° Integridad científica:

Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base honesta y

veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como en el análisis y comunicación de sus resultados. La integridad o rectitud deben regir no solo a la actividad científica de un investigador, sino que debe extenderse a sus actividades de enseñanza y a sus ejercicio profesional.

6° Responsabilidad:

El investigador tiene una responsabilidad social científica. Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de su investigación implica para los participantes y para la sociedad en general. Esta tarea no puede ser delegada a otras personas.

3.4. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

A. VARIABLE INDEPENDIENTE

APOYO SOCIAL

Definición conceptual:

El conjunto de provisiones expresivas o instrumentales; percibidas o recibidas; proporcionadas por la familia, comunidad y las personas de confianza de la persona, provisiones que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (24).

Definición operacional:

En el presente estudio se consideraron las siguientes categorías, teniendo como referencia la Escala de Estandone:

- Apoyo social bajo: De 18 a 35 puntos.
- Apoyo social medio: De 36 a 43 puntos.
- Apoyo social alto: De 44 a 54 puntos.

B. VARIABLE DEPENDIENTE**NIVEL DE AUTOESTIMA****Definición conceptual:**

Es la valoración que la persona tiene de sí misma, se desarrolla gradualmente desde el nacimiento, en función a la seguridad, cariño y amor que la persona recibe de su entorno. Está relacionada con el sentirse amado, capaz y valorado (6).

Definición operacional:

En el presente estudio se consideraron las siguientes categorías:

- Autoestima menos positiva: Cuando el puntaje es menor al promedio de 53 puntos. (< 53 puntos)
- Autoestima más positiva: Cuando el puntaje es mayor o igual al promedio de 53. (≥ 53 puntos)

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección y obtención de los datos del presente estudio se aplicaron los siguientes instrumentos:

A) ESCALA PARA VALORAR EL APOYO SOCIAL (Anexo N° 02):

Elaborado por Leiton (1998), modificado por Chiguala y Dávila (2007), revalidado y aplicado por Lirion y Moya (2002) (25) (26) (27). Modificado y adaptado por las autoras de la presente investigación. Este instrumento consta de 18 ítems, los cuales sirven para valorar el apoyo emocional, valorativo, informativo e instrumental que le brinda la familia, amigos y vecinos a la persona con diagnóstico de TB.

La calificación se efectuó utilizando la siguiente escala nominal:

- Siempre : 3 puntos
- A veces : 2 puntos
- Nunca : 1 punto

Se categorizo haciendo uso de escala nominal:

- Apoyo social bajo: Cuando el puntaje es de 18 a 35 puntos.
- Apoyo social medio: Cuando el puntaje es de 36 a 43 puntos.
- Apoyo social alto: Cuando el puntaje es de 44 a 54 puntos.

B) ESCALA PARA VALORAR EL NIVEL DE AUTOESTIMA (Anexo N° 03):

Elaborado por Rosemberg (1965), modificado y adaptado por las autoras del presente estudio. Esta escala consta de 18 ítems, de los cuales 10 son positivos y 8 negativos.

Teniendo la siguiente calificación:

ITEMS POSITIVOS: 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14

- Muy de acuerdo : 4 puntos
- De acuerdo : 3 puntos
- En desacuerdo : 2 punto
- Muy en desacuerdo : 1 punto

ITEMES NEGATIVOS: 4, 6, 7, 13, 15, 16, 17, 18

- Muy de acuerdo : 1 punto
- De acuerdo : 2 puntos
- En desacuerdo : 3 punto
- Muy en desacuerdo : 4 puntos

Se categorizó utilizando escala nominal:

- Autoestima menos positiva: Cuando el puntaje es menor al promedio de 53 puntos. (< 53 puntos)
- Autoestima más positiva: Cuando el puntaje es mayor o igual al promedio de 53. (≥ 53 puntos)

3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Prueba Piloto

Se evaluaron los instrumentos en la confiabilidad y validez a través de una prueba piloto, la cual se aplicó a 10 pacientes que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la

Tuberculosis del Puesto de Salud Nicolás Garatea, con características similares al presente estudio.

❖ **Validez**

El instrumento fue medido a través del coeficiente de la correlación de Pearson, obteniendo el siguiente resultado: Autoestima: 0,50 y Apoyo Social: 0,523. (*Ver anexo N°04 y N°05*)

❖ **Confiabilidad**

La confiabilidad de los instrumentos se verificó a través de la prueba del Alfa de Cronbach, con los siguientes resultados: Autoestima: 0,867 y Apoyo Social: 0,880.

3.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se siguieron los siguientes pasos:

- En primer lugar se realizaron las coordinaciones respectivas a través de la Dirección de la Escuela Académica Profesional de Enfermería con las autoridades del Centro de Salud Yugoslavia para obtener el permiso y apoyo para la ejecución de la investigación.

- Se solicitó la autorización a la coordinadora de la ESN PCT, con el objeto de explicar sobre los objetivos del presente trabajo de Investigación.
- Los instrumentos fueron aplicados por las investigadoras, a todas las unidades de análisis que cumplieron con los criterios de inclusión, teniendo en cuenta los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad.
- Se realizó una breve orientación a los pacientes seleccionados sobre los objetivos así como explicar el desarrollo e importancia de la presente investigación.
- La aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio de 30 minutos para cada paciente.
- Terminada la aplicación de los instrumentos se procedió a realizar la tabulación respectiva.

3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizó empleando el software especializado SPSS versión 20, previa codificación de los datos obtenidos, en sus dos niveles:

- ♦ **Nivel Descriptivo:** Los resultados están representados en tablas unidimensionales, y bidimensionales, frecuencia relativa y simple.

- ♦ **Nivel Analítico:** Estadística diferencial no paramétrica: La medida estadística no paramétrica Chi cuadrado (X^2), con un nivel de significancia de $p < 0.05$, para determinar la relación entre apoyo social y el nivel de autoestima del paciente de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia 2 015, y el Odds ratio (OR).

- ♦ Para las figuras se utilizó el software Microsoft Excel 2013 según las variables en estudio.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1.RESULTADOS

TABLA N° 01: NIVEL DE AUTOESTIMA DEL PACIENTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA. 2015.

NIVEL DE AUTOESTIMA	<i>f_i</i>	<i>Hi</i>
MENOS POSITIVA	16	57.1
MAS POSITIVA	12	42.9
TOTAL	28	100.0

$$\bar{X} = 52.7$$

$$Sx = 4.5$$

NIVEL DE AUTOESTIMA

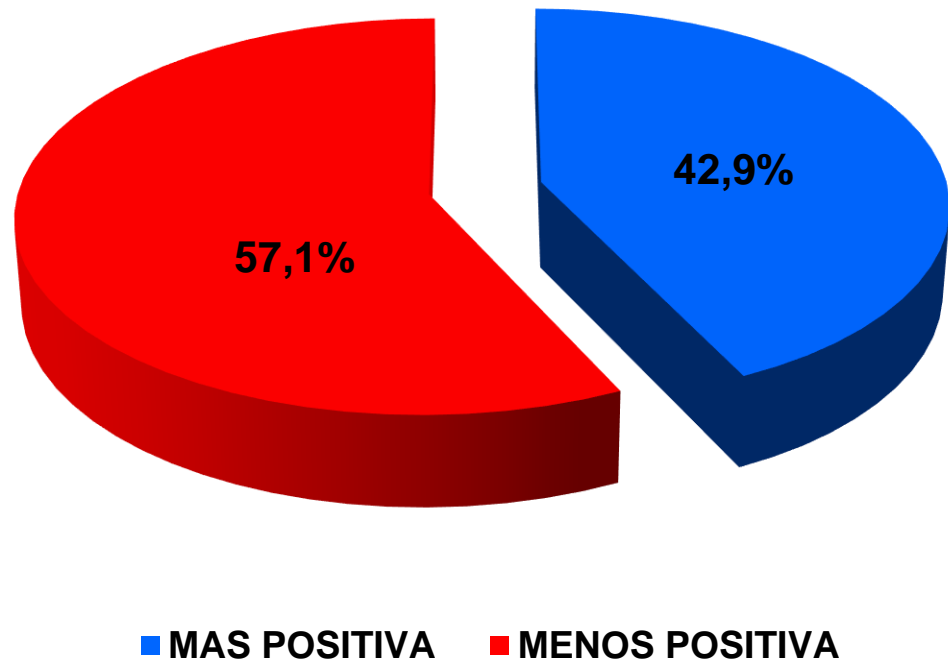


FIGURA N° 01: NIVEL DE AUTOESTIMA DEL PACIENTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA, 2015.

TABLA N° 02: APOYO SOCIAL DEL PACIENTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA, 2015.

APOYO SOCIAL	<i>f_i</i>	<i>h_i</i>
BAJO	6	21.4
MEDIO	12	42.9
ALTO	10	35.7
TOTAL	28	100.0

$$\bar{X} = 40.1$$

$$Sx = 6.5$$

APOYO SOCIAL

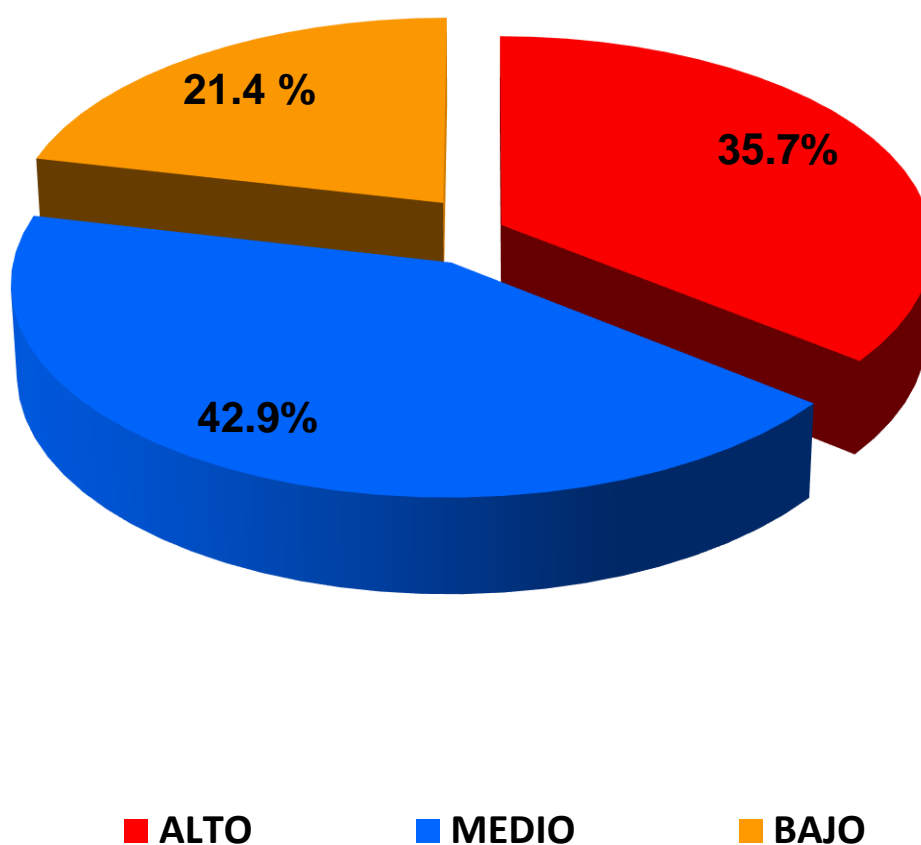


FIGURA N° 02: APOYO SOCIAL DEL PACIENTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA, 2015.

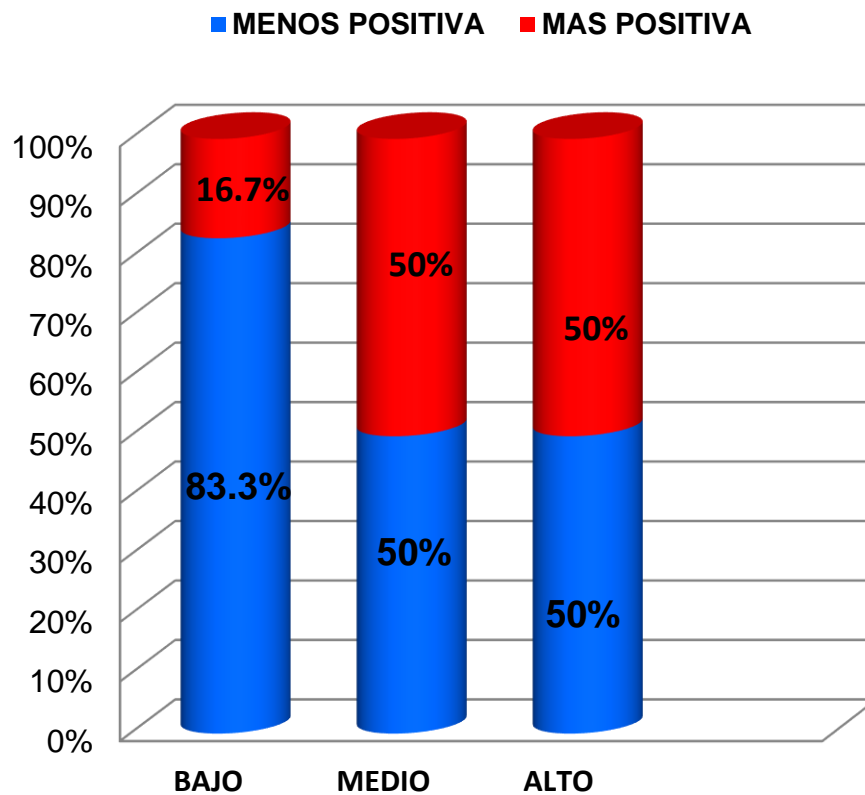
TABLA N° 03: APOYO SOCIAL Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA DEL PACIENTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA, 2015.

APOYO SOCIAL	NIVEL DE AUTOESTIMA				TOTAL	
	Menos Positivo		Más Positivo			
	<i>f_i</i>	<i>h_i</i>	<i>f_i</i>	<i>H_i</i>	<i>f_i</i>	<i>h_i</i>
BAJO	5	83.3	1	16.7	6	21.4
MEDIO	6	50.0	6	50.0	12	42.9
ALTO	5	50.0	5	50.0	10	35.7
Total	16	57.1	12	42.9	28	100.0

$\chi^2 = 0.6$ (Corrección de Yates); $gl=2$; $p= 0,343$ No significativo

OR = 5 Riesgo muy elevado

NIVEL DE AUTOESTIMA



APOYO SOCIAL

$\chi^2 = 0.6$ (Corrección de Yates); $gl=2$; $p= 0,343$ No significativo

OR = 5 Riesgo muy elevado

FIGURA N° 03: RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA DEL PACIENTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA, 2015.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la tabla N° 1 se presenta el nivel de autoestima del paciente de la ESN PCT, en donde se evidencia que el mayor porcentaje presenta autoestima menos positiva con un 57.1%, mientras que el 42.9%, presenta un nivel de autoestima más positiva. El puntaje promedio obtenido de los pacientes en el nivel de autoestima es aproximadamente 52.7 puntos, esto implica que se ubica en menos positiva, con una dispersión de 4.5 puntos respecto de su promedio.

El resultado obtenido guarda relación con Alfaro, B. y Alva, R. (2000), en su investigación titulada “Nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis pulmonar y algunos factores socioculturales, Hospital Regional Docente de Trujillo”, obtuvieron como resultado que la mayoría de estas personas (63.3%) poseen un nivel de autoestima baja (09).

Asimismo, Manrique, I. y Maza, J. (2006), realizaron un estudio sobre “Algunos factores biosociales y su relación con el nivel de autoestima de las personas atendidas en el programa de control de tuberculosis del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote”, concluyeron que el 64.5% presento un nivel de autoestima baja (15), esto nos da a entender que las enfermedades se presentan en personas de todo grupo social, pero existen algunas en las que la

probabilidad de alterar la autoestima negativamente es mayor que en otras, como es el caso de la TB.

Llega un momento en que la situación del paciente con tuberculosis se torna crítica ya que como es de conocimiento la enfermedad física va acompañada de trastornos psicológicos afectando su estado emocional (autoestima), las cuales frecuentemente son acompañadas por la desmoralización y trastorno depresivo.

Sin duda, es la baja autoestima la que orienta a una actitud y comportamientos de forma contraria al propio bienestar y sabotea los momentos de felicidad y los logros que se pueden obtener en la vida. La baja autoestima es causa generadora de disfuncionalidades, de la toma de decisiones o de realizar elecciones perjudiciales.

Se concluye que el nivel de autoestima del paciente de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia, en su mayoría presenta una autoestima menos positiva con un 57,1%, mientras que el 42.9% presenta una autoestima más positiva.

En la tabla N° 2, apoyo social del paciente de la ESN PCT del Centro De Salud Yugoslavia 2015, se observa que el 42.9% de los pacientes con tuberculosis tienen un apoyo social medio, mientras que el 35.7% presentan apoyo social alto, y el 21.4% presenta apoyo social bajo. El puntaje promedio obtenido de los pacientes en el apoyo social es

aproximadamente 40.1 puntos, esto implica que se ubica en el nivel de apoyo social medio, con una dispersión de 6.5 puntos respecto de su promedio.

Los resultado se asemejan con el estudio de Rojas, P. (2005) en su estudio sobre “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el CS. Tablada de Lurín”, concluyó que existe un porcentaje (62.5%) considerable que tiene una actitud con grado de intensidad de aceptación seguido de una actitud con grado de intensidad de indiferencia (37.5%) hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar (13). En los casos de enfermedad prolongada, la familia frecuentemente tiene que cambiar un nuevo patrón de actuación que puede producir estrés emocional.

Al contrastar los resultados con la literatura, nos dice que, cuando aparece una enfermedad, los roles del paciente y la familia puede cambiar. Este cambio puede ser sutil a corto plazo, o drástico a largo plazo. Generalmente las personas se adaptan más fácilmente a los cambios sutiles y a corto plazo. Sin embargo los cambios a largo plazo requieren de un proceso de adaptación similar al proceso de duelo. Con frecuencia, el paciente y la familia requieren de orientación específicos que les ayuden a afrontar los cambios de rol.

El resultado obtenido muestra que la gran mayoría de los pacientes se encuentra entre los rangos alto y medio; esto es debido a que los

pacientes y sus familias no sólo se conectan entre sí, sino también con los servicios sociales, los eventos de la comunidad y la comunión básica que es esencial para una vida feliz y cómoda. Se ha hecho cada vez más claro que el aislamiento de estos pilares de la comunidad puede conducir a una alienación profunda, depresión e incluso a una psicosis en el largo plazo.

Teniendo en cuenta que en el presente estudio la población estuvo conformada por pacientes ubicados cronológicamente en los 3 últimos estadios la Teoría del desarrollo psicosocial de Erick Erickson; contrastamos lo siguiente: Que en el estadio VI “Intimidad frente a aislamiento”, nos dice que el individuo empieza a priorizar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso recíproco, buscando una sensación de seguridad, de compañía, de confianza; es así que cuando las personas se enteran que padecen de tuberculosis sienten que sus aspiraciones de relacionarse se truncan y empiezan a crear pensamientos de soledad y aislamiento, situación que puede acabar en depresión (50).

En el estadio VII “Generatividad frente a estancamiento”, nos refiere que en esta etapa se prioriza la búsqueda de equilibrio entre la productividad y el estancamiento; una productividad que está vinculada al futuro, al porvenir de los suyos y de las próximas generaciones, es la búsqueda de sentirse necesitado por los demás, ser y sentirse útil, tal es así que los enfermos con tuberculosis están limitados

fisiológicamente debido a los efectos del tratamiento farmacológico, y a su vez estigmatizados socialmente; por lo que están predispuestos a sufrir exclusión en el ámbito laboral lo que puede conllevar a una inestabilidad económica, generando así un pensamiento de rechazo familiar (50).

Y por último el estadio VIII “Integridad del yo frente a desesperación”, nos dice que es una etapa en la que la vida y la forma de vivir se ven alteradas totalmente, los amigos y familiares fallecen, uno tiene que afrontar los duelos que causa la vejez, tanto en el propio cuerpo como en el de los demás, lo que nos da a entender que el apoyo social es muy importante en esta etapa y mucho más cuando existe una enfermedad con una estigma social como es la Tuberculosis (50).

Se concluye que el apoyo social en los pacientes de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia es medio con un 42.9%, y el 21.4%, presenta apoyo social bajo.

En la tabla N° 3: Apoyo Social y el Nivel de Autoestima del paciente de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia. Se observó que al aplicar la prueba de independencia de criterios Chi cuadrado no existe relación estadística significativa $X^2 = 0.6$ (Corrección de Yates) entre el apoyo social y el nivel de autoestima.

Se halló que el 83.3% de los pacientes de la ESN PCT con apoyo social bajo presentan un nivel de autoestima menos positiva; mientras que, tanto las personas con apoyo social medio y alto presentan un nivel de autoestima menos positiva y más positiva, dando un 50% respectivamente.

El resultado obtenido no concuerda con ninguno de los estudios citados anteriormente, por lo que deducimos que la variable apoyo social no tiene relación con el nivel de autoestima en los pacientes con tuberculosis de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia.

Claro está que la familia constituye el contexto más inmediato en el que se desenvuelve la enfermedad, que es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad (25). Pero que sin embargo vemos que esto no concuerda con el resultado obtenido.

Cuando somos niños y adolescentes dependemos mayormente de los demás para que nos ayuden a mejorar nuestra autoestima, pero como adultos la mayor parte del trabajo tiene que provenir de nosotros mismos. El nivel de nuestra autoestima no se consigue de una vez y para siempre en la infancia, puede crecer durante el proceso de maduración o se puede deteriorar. Hay gente cuya autoestima era más alta a los 10 años que a los 60, y viceversa. La autoestima puede aumentar y decrecer, y aumentar otra vez a los largo de la vida.

Partiendo de que nuestra investigación estuvo conformada en su totalidad por adultos (>18 años), podemos darnos cuenta que lo que determina el nivel de autoestima es lo que la persona hace, en el contexto de sus conocimientos y sus valores. Branden, es contrario a la tradición que ve como modo de elevar la autoestima la valoración de las persona significativas de nuestro entorno, entiende que realmente no necesitamos la valoración de los demás sino más bien la de nuestro interior (41).

Se concluye que no existe relación significativa entre el apoyo social y el nivel de autoestima del paciente de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia, determinada por la prueba estadística Chi Cuadrado $X^2=0.6$ (Corrección de Yates); $gl=2$; $p=0,343$, OR =5. (Ver Tabla N° 03).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

- ❖ El nivel de autoestima del paciente de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia, en su mayoría presenta una autoestima menos positiva con un 57,1%, mientras que el 42.9% presenta una autoestima más positiva.
- ❖ El apoyo social en los pacientes de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia es medio con un 42.9%, y el 21.4%, presenta apoyo social bajo.
- ❖ No existe relación significativa entre el apoyo social y el nivel de autoestima del paciente de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia, determinada por la prueba estadística Chi Cuadrado $X^2 = 0.6$ (Corrección de Yates); $gl=2$; $p=0,343$, OR =5.

5.2. RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio se derivan las siguientes recomendaciones:

- ❖ Que en las próximas investigaciones indaguen otros factores que puedan influir en el nivel de autoestima de los pacientes.
- ❖ Que el Centro de Salud Yugoslavia debería contar con mayor personal de enfermería, con la finalidad de ampliar el número de visitas domiciliarias a los pacientes de la ESN PCT, para valorar su entorno familiar, social e intervenir brindando orientación y consejería.
- ❖ Que el Centro de Salud Yugoslavia diseñe e implemente módulos de autoestima de pacientes ya que debido a su condición médica tiene perfiles diferentes, a fin de que permita exteriorizar vivencias personales propiciando una toma de conciencia para un cambio de actitud en relación a sí mismo.
- ❖ Que el equipo multidisciplinario de la ESN PCT realice actividades integradoras, fomentando la socialización del paciente y ex pacientes.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2013). Tuberculosis.
[Consultado: 15/03/15]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>.
2. MINSA (2006). Construyendo Alianzas Estratégicas para detener la Tuberculosis: La Experiencia Peruana. Lima – Perú.
3. Organización Panamericana de la Salud. (2002). Cien Años de Cooperación al Perú 1902 – 2002. 1ª Ed. Lima- Perú.
4. Torres, M. (2002). Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivos de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónico en sus niveles de depresión y soporte social. Tesis para obtener el título de licenciado en psicología. U.N.M.S.M. Lima – Perú.
5. Huanco, F. (2004). Nivel de Autoestima de los pacientes del Programa de Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto – Duksil. Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería U.N.M.S.M. Lima – Perú.
6. Domínguez, M. (2002). Autoestima. Programa del Taller de Padres. Escuela de Padres .7ª Edición. Palma de Mallorca. España.
[Consultado: 15/03/15]. Disponible en:

<http://www.apamaguilo.net/escolapares/unarticle.ph?titulo-autoestima>.

7. ASET Comas (2006). Construyendo el Quipu de una nueva Historia. Experiencia de la red solidaria de enfermos de tuberculosis. 1° Ed. Ed. Medios y Enlaces SRL. Lima – Perú.
8. Potter y Perry. Fundamentos de enfermería (Teoría y práctica). 3° edición. Edit. Mosby-Doyma. Libros S.A. 1996. Pág. 44
9. Dorante. J. (2000). Estatus económico y nivel de conocimiento sobre tuberculosis relacionado a la autoestima en familiares de TBC en Chiapas. Tesis para obtener grado de bachiller de medicina. Universidad Autónoma de Chiapas. México.
10. Trujillo, Alfaro, B. y Alva, R. (2000). Nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis pulmonar y algunos factores socioculturales Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. Trujillo – Perú.
11. Trujillo, García, V. y Gómez, S. (2000). Grado de apoyo familiar y nivel de autoestima del adulto joven con tuberculosis pulmonar.

Centro Medico La Esperanza Es Salud 2000. Tesis para obtener el título de Lic. En Enfermería. Trujillo – Perú.

12. Baldeón, R. y Noemí, R. (2006). Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín-Villa María del Triunfo. Tesis para obtener el título de Lic. En Enfermería U.N.M.S.M. Lima – Perú.

13. Negrete, A. (2013). Autoestima y actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con Tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud – Micaela Bastidas.

14. Carranza, C. y Díaz, L. (2005). Nivel de autoestima y funcionamiento familiar asociado al cumplimiento del tratamiento antituberculoso en los pacientes del Centro De Salud San José, Pacasmayo. Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. U.N.S. Chimbote – Perú.

15. Manrique, I. y Maza, J. (2006). Algunos factores biosociales y su relación con el nivel de autoestima de las personas atendidas en el programa de control de tuberculosis del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería U.N.S. Chimbote – Perú.

- 16.** Velásquez, C. (2015). Reporte anual 2014. Diario digital Chimbote en línea. [Consultado: 23/02/15]. Disponible en:<http://www.chimbotenlinea.com/salud/09/03/2015/ancash-el-2014-se-reportaron-645-casos-nuevos-de-tbc-y-en-lo-que-va-del-ano-ya>.
- 17.** Organización Mundial de la Salud. (2013). Tuberculosis. [Consultado: 10/02/15]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>.
- 18.** Ministerio de salud. (2014). Tuberculosis en el Perú. Informe Anual 2013. Lima – Perú.
- 19.** Ministerio de salud (2015). Tuberculosis en el Perú. Informe Anual 2014. Lima– Perú.
- 20.** Ministerio de salud (2015). Reducción en el número de casos de Tuberculosis en el Perú. Lima – Perú.
- 21.** Grosse UG (2006). Health professionals: fighting TB stigma. Int J Tuberc Lung Dis. [Consultado: 20/03/15]. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.pe%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_a%26

pid%3DS172859172009000100012&ei=jHoRVd3IO4qyggSYuY
QY&usg=AFQjCNHsij_JnYzLP2ZiJPjpPWRA3Xlb1w.

- 22.** Buendía José. (1999). Psicología Clínica. Perspectivas Actuales. Edición Pirámide. España
- 23.** Ministerio de salud (2000). Vivir la Tuberculosis. Lima – Perú.
- 24.** Potter-Perry. (1996). Fundamentos de enfermería (Teoría y práctica). 3ª edición. Edit. Mosby - Doyma. Libros S.A.
- 25.** Ministerio de Salud. (2012). Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú en el 2010. Documento Técnico. Perú.
- 26.** Ministerio de Salud. (2014). Ley 30287 de prevención y control de la Tuberculosis en el Perú.
- 27.** Marriner, T. (1994). Modelos y Teorías de Enfermería. 3era ed. Ed. Hascourt Brace. Madrid - España.
- 28.** Arnold, M. (1989). Teoría de Sistemas, Nuevos Paradigmas: Enfoque de Niklas Luhmann. Revista Paraguaya de Sociología. Año 26. N° 75. Mayo - Agosto. Paraguay.

- 29.** Chiavenato, I. (1992). Introducción a la Teoría General de la Administración. 3ra. Edición. Edit. McGraw - Hill. Madrid - España.
- 30.** Instituto Nacional De La Salud. (1991). Metodología de la Enseñanza de Enfermería. Madrid - España.
- 31.** Farrand Rogers, J. (2005). El marco teórico y la teoría de sistemas. Universidad Autónoma del Estado México. Quivera. Vol. 7. [Consultado: 20/03/15]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40170210ISSN1405-8626>.
- 32.** Gracia, E. (1995). Psicología Comunitaria: Apoyo Social. Universidad Da Coruña. Barcelona. [Consultado: 23/03/15]. Disponible en: http://www.udc.gal/dep/ps/grupo/programas/apoio_s.pdf
- 33.** Smeltzer, S y Bare, B. (2002). Enfermería Médico Quirúrgico. 9°ed. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. México.
- 34.** Epifania, R. y Gonzales, S. (1997). Nivel de Autoestima en Pacientes con Diagnóstico de Cáncer de Mamas en relación con el Apoyo Social Percibido. Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. Trujillo – Perú.

- 35.** Galbraith, M. (1995). What kind of Social Support do Cancer Patients get for Nurse? Cancer Nurse. U.S.A.
- 36.** House, J.S. (1981). Work stress and social support. Addison – Wesley Publishing Company. USA.
- 37.** Barrón, A. (1996). Apoyo social, aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid – España.
- 38.** Pérez, J. y Martín, Felix. (1999). El apoyo social. Madrid – España.
- 39.** Brunner y Suddarth. (2013). Enfermería Médico Quirúrgico. 12º Ed. Editorial Mc Graw-Hill. Madrid - España
- 40.** Quiles, M. (2002). Mejora las habilidades de tus estudiantes. Centro de Psicología Aplicada. Universidad Miguel Hernández Alicante–España. [Consultado: 15/04/15]. Disponible en: <http://www.es/cpa/Libro>
- 41.** Mruk, C. (1999). Investigación, Teoría y Práctica. 2º ed. Ed. Basauri: Desclée de Brouwer.
- 42.** Branden, N. (2001). La Psicología de la autoestima. Ed. Paidós. Barcelona. [Consultado: 15/05/15]. Disponible en:

https://books.google.com.pe/books?id=tyInvYSbqjcC&dq=la+autoestima&hl=es&source=gb_s_navlinks_s.

- 43.** García, V. y otros. (1999). Autoestima. Buenos Aires. Argentina.
[Consultado: 25/04/15]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos5/autoest/autoest.html>
- 44.** Psicólogos Independientes (2000). Qué es la Autoestima. En Buenas Manos: Salud y Terapias Naturales. [Consultado: 15/05/15].
Disponible en:
<http://www.enbuenasmanos.com/ARTICULOS/muestra.asp?art=1069>
- 45.** Krauskopf, D. (1999). Las Conductas de Riesgo en la Fase Juvenil. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente. Cartagena de Indias – Colombia. [Consultado: 01/05/15].
Disponible en: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cintefortemas/youth/doc/not/libro37/index.htm>
- 46.** Alfaro, B. y Alva, R. (2000). Nivel de Autoestima en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar y Algunos Factores Socioculturales. Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Trujillo – Perú.

- 47.** Papalia, D. (1997). Desarrollo Humano. 6° ed. Ed. Mc Graw Hill – Interamericana. México.
- 48.** Lancaster, E. (1995). TB Exposure Are You Prepared?. Journal of Gerontological Nursing.
- 49.** García, M. (2002). Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. España. [Consultado: 22/05/15]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd51/bien.htm>.
- 50.** Bertrand, R. (2015). La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson. [Consultado: 21/05/15]. Disponible en: <http://psicologiaymente.net/la-teoria-desarrollopsicosocial-de-erikson/>.

ANEXOS

Anexo 01:



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Apoyo social y nivel de autoestima del paciente la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, 2015”, el propósito de este estudio es conocer la relación entre el apoyo social y autoestima del paciente de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia, 2015, el presente proyecto de investigación está siendo conducida por Maza Gómez, Claudia Jesús y Tapia Valverde, Milagros Zuleyka, con la asesoría de la profesora Rodríguez Barreto, Yolanda Micaela de la Universidad Nacional del Santa. Si accedo a participar en este estudio, deberé responder a 2 cuestionarios, lo que tomará 30 minutos de mi tiempo.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, los cuestionarios resueltos serán anónimos, por ellos serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esta manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Anexo 03:

ESCALA PARA VALORAR EL APOYO SOCIAL

➤ **INSTRUCCIONES**

A continuación se le formularan diversas preguntas sobre el apoyo que usted recibe por parte de su familia, amigos y vecinos, a las cuales debe contestar marcando con un aspa (X), se le solicita responda con sinceridad. En caso sea necesario se le aclarará la pregunta.

S = Siempre

AV = A veces

N = Nunca

I. APOYO FAMILIAR

ITEMS	S	AV	N
1) Recibe usted caricias, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares.			
2) Cuando usted tiene un problema o preocupación, su familia lo escucha.			
3) Se siente comprendido por su familia.			
4) Considera que entre usted y su familia existe confianza suficiente como para guardar un secreto.			
5) En la toma de decisiones tienen en cuenta su opinión.			
6) Considera que sus familiares están orgullosos de usted.			
7) Sus familiares le facilitan información que a usted le interesa.			
8) Recibe de sus familiares algún apoyo económico, ropa, alimentos, etc.			
9) Recibe atención por su enfermedad, en compañía de sus familiares.			

II. APOYO DE AMIGOS Y VECINOS

	S	AV	N
10) Cuenta con algún amigo o vecino para contarle sus secretos.			
11) Sus amigos y/o vecinos le ayudan en algunas tareas domésticas o cuando necesita hacer algo.			
12) Recibe de sus amigos muestras de afecto, cariño.			
13) Siente que usted tiene un amigo/vecino con quien contar en momentos buenos, malos o difíciles.			
14) Cuando se siente deprimido, solo, triste, sus amigos y/o vecinos le ayudan a salir de ese estado.			
15) Sus amigos/vecinos le hacen sentir viejo e inútil para hacer las cosas.			
16) Si presenta algún problema de salud, sus amigos se preocupan por usted.			
17) Sus amigos se acuerdan de saludarlo en su cumpleaños o en fechas especiales.			
18) Cuando usted necesita información, ayuda económica y otro tipo de ayuda, sus amigos o vecinos se la proporciona.			

ESCALA PARA VALORAR EL NIVEL DE AUTOESTIMA

➤ INSTRUCCIONES

Estimado Sr(a) el presente cuestionario, es personal y la información obtenida será estrictamente confidencial, para lo cual requerimos de su colaboración sincera al responder los ítems señalados:

A continuación tiene una lista de ítems acerca de cómo se siente, marca con un aspa (X) la respuesta que considere conveniente.

MA = Muy de acuerdo MD = Muy en desacuerdo

DA = De acuerdo ED = En desacuerdo

ITEMS	Muy de acuerdo	De acuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo
1. Siento que soy una persona de valor, en relación con otras personas.				
2. Me siento capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.				
3. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
4. No me importa lo que pueda ocurrir en la vida.				
5. Siento que tengo más virtudes que defectos.				

6. Frecuentemente, prefiero estar solo(a).				
7. No me preocupo por mi aspecto personal.				
8. Siento paz espiritual.				
9. Me siento orgulloso(a) de mí mismo(a).				
10. Me siento satisfecho(a) por lo que he logrado hasta ahora.				
11. Me considero una persona luchadora.				
12. Me siento bien en todos los aspectos de mi vida.				
13. Constantemente me enojo conmigo mismo(a) y los demás.				
14. Soy capaz de resolver mis problemas, por mí mismo(a).				
15. Suelo criticarme dura y excesivamente.				
16. Me afectan demasiado las críticas de los demás.				
17. Con frecuencia, culpo a mi enfermedad por mis fracasos.				
18. Me siento rechazado por los demás, desde que contraí la enfermedad.				

Anexo 04:

Análisis de Confiabilidad – Validación

Escala: Autoestima

Confiabilidad:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,867	18

Validación:

Coeficiente de correlación de Pearson	N° de elementos
0,49	18

	Correlación elemento- total corregida
A1	,375
A2	,465
A3	,470
A4	,415
A5	,261
A6	,579
A7	,269
A8	,200
A9	,754

	Correlación elemento- total corregida
A10	,464
A11	,675
A12	,231
A13	,314
A14	,611
A15	,768
A16	,503
A17	,704
A18	,803

Anexo 05:

Análisis de Confiabilidad – Validación

Escala: Apoyo Social

Confiabilidad:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,880	18

Validación:

Coeficiente de correlación de Pearson	N° de elementos
0, 523	18

	Correlación elemento-total corregida
AS1	,860
AS2	,395
AS3	,395
AS4	,242
AS5	,693
AS6	,352
AS7	,356
AS8	,603
AS9	,444

	Correlación elemento-total corregida
AS10	,776
AS11	,659
AS12	,693
AS13	,806
AS14	,284
AS15	,331
AS16	,366
AS17	,860
AS18	,296